



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

5855 Jimmy Carter Blvd., Suite 200, Norcross, GA, 30071

Office: (404) 630-1361 / Fax: (770) 441-9177

## HISTORIA CLINICA DE ADULTOS

### I. INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ País de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

Etnia / Raza: ( ) Hispano/Latino ( ) Blanco ( ) Afro-Americano ( ) Asiático ( ) Otro: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Las llamadas serán discretas, pero por favor indíquenos cualquier restricción: \_\_\_\_\_

En caso de que debamos llamarle, ¿podemos dejarle mensajes? Si [ ] No [ ]

Persona(s) a contactar en caso de emergencia: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_

Nombre de su psicoterapeuta (si aplica): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de su psiquiatra (si aplica): \_\_\_\_\_

Dirección (favor incluir nombre de la ciudad y país): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre de su médico general: \_\_\_\_\_

Dirección (favor incluir nombre de la ciudad y país): \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Hospital más cercano a usted: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Comentarios: \_\_\_\_\_



**III. LISTA DE SINTOMAS/ PREOCUPACIONES.**

Marque en la lista las dificultades/situaciones pasadas o presentes que haya vivido y coloque un círculo en la más importante:

Dificultad	Presente	Pasado			Dificultad	Presente	Pasado			Dificultad	Presente	Pasado
Ansiedad					Querer hacerse daño					Pesadillas		
Pánico					Pensamientos de herir o lastimar a alguien más					Lesiones craneales		
Miedo					Drogadicción					Dolores de cabeza		
Irritabilidad					Alcoholismo					Convulsiones		
Cambios de humor					Adicción a la cafeína					Desmayos		
Ira o temperamento fuerte					Problemas sexuales					Mareo		
Hablar sin pensar					Historia de maltrato infantil					Dolor en el pecho		
Impaciente					Historia de abuso sexual					Palpitaciones en el corazón		
Hiperactividad					Violencia doméstica					Agitaciones frecuentes		
Movimientos repetitivos					Dificultad en la comunicación con otras personas					Sudoración excesiva		
Distraído fácilmente por ruidos					Dificultades con las personas en general					Escalofríos o sofocos		
Dificultad para terminar tareas					Dificultades con los padres					Falta de aliento		
Falta de concentración					Dificultades con los hijos					Nudo en la garganta		
Problemas para prestar atención					Dificultades en el matrimonio/ sociedad					Nauseas		
Mente en blanco					Dificultades con amigos					Vómitos frecuentes		
Pérdida de Memoria					Problemas sexuales					Diarrea		
Olvidos recurrentes					Dificultades como empleado					Problemas de alimentación		
Descuido con su aseo personal					Dificultades en sus finanzas					Aumento severo de peso		
Sensible					Problemas legales					Pérdida de peso severo		
Exceso de preocupación					Problemas para conciliar el sueño					Distensión abdominal		
Demasiado confiado					Dormir mucho					Tensión muscular		
Depresión					Dormir poco					Dolores en las articulaciones		
Ideas o pensamientos suicidas					Despertar demasiado temprano					Alergias		

Información que le gustaría agregar: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**IV. HISTORIA FAMILIAR**

Estado Civil:  Separado(a)       Soltero(a)       Unión libre/ conviviendo       En una relación  
 Divorciado(a)       Casado(a)       Viudo(a)

Nombre de su pareja o conyugue (Si corresponde): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

País de nacimiento de su pareja: \_\_\_\_\_ Ciudad de origen: \_\_\_\_\_

Tiempo de relación con su pareja actual \_\_\_\_\_ Fecha del matrimonio o inicio de convivencia: \_\_\_\_\_

Indique el nivel de satisfacción de su relación actual: Peor 1 2 3 4 5 6 7 Mejor

¿Anteriormente estuvo casado/a o en convivencia? Si  No  ¿Cuántas veces?  
 \_\_\_\_\_

Si es así, tiempo de duración del matrimonio o relación (es) anterior (es): \_\_\_\_\_

¿Tuvo hijos en su relación (s) anterior?  Si  No      ¿Cuántos hijos tuvo? \_\_\_\_\_

Si alguna vez se divorció o separó, ¿cuántos años tenía cuando se separó/divorció de su pareja, y cómo le impactó la separación? \_\_\_\_\_

¿Sufrió usted de violencia o abuso o maltrato en su relación/ matrimonio anterior?  Si  No

¿Usted llegó solo (a) a los Estados Unidos? Si  No  ¿Con quién? \_\_\_\_\_

Enumere a todos sus hijos (en su relación actual y anterior si los tuvo). Si su cónyuge tiene hijos de una relación anterior, incluya también sus nombres en esta lista:

Nombre y apellidos	Sexo	Lugar de Nacimiento	Edad	Biológico o Adoptado	¿Vive con usted?	
					Si	No
					Si	No
					Si	No
					Si	No
					Si	No
					Si	No
					Si	No
					Si	No

¿Con quién vive usted actualmente? \_\_\_\_\_

Sobre sus padres: Papá  vivo  fallecido      Ciudad donde vive actualmente: \_\_\_\_\_

Mamá  viva  fallecida      Ciudad donde vive actualmente: \_\_\_\_\_

¿Hubo alguna otra persona que cuidó de usted cuando era niño/a con quien tuvo una relación significativa? Si es así, por favor describa qué efectos tuvo en usted esta relación: \_\_\_\_\_

¿Cuántas hermanas tiene? \_\_\_\_\_ ¿Edades? \_\_\_\_\_ ¿Dónde viven? \_\_\_\_\_

¿Cuántos hermanos tiene? \_\_\_\_\_ ¿Edades? \_\_\_\_\_ ¿Dónde viven? \_\_\_\_\_

¿Cómo describe su relación con sus padres y hermanos y hermanas? \_\_\_\_\_

**V. HISTORIA DE TRATAMIENTO EN SALUD MENTAL/ EMOCIONAL**

¿Alguna vez ha recibido tratamiento de psicoterapia o de consejería en el pasado?  Si  No ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo duró o cuántas sesiones participó? \_\_\_\_\_ ¿Dónde recibió ayuda? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido psicoterapia debido a un trastorno psiquiátrico o por abuso de drogas?  Si  No

En caso afirmativo, especifique la duración del tratamiento y lugar:

Anteriormente, ¿se ha hecho alguna evaluación psicológica?  Si  No ¿Cuál fue el resultado? \_\_\_\_\_

¿Ha tenido pensamientos o intentos de suicidio? Si  No  ¿Tiene pensamientos suicidas actuales? Si  No

¿Ha tenido pensamientos o intentos de cometer homicidio? Si  No  Actualmente ¿tiene pensamientos homicidas? Si  No

Si su respuesta es afirmativa a las dos últimas preguntas anteriores, describa los hechos sucedidos y la fecha: \_\_\_\_\_

De la siguiente lista, marque lo que corresponda. Indique si es algo presente o pasado.

<i>Ahora</i>		<i>Pasado</i>		<i>Ahora</i>		<i>Pasado</i>		<i>Ahora</i>		<i>Pasado</i>	
Problemas de alcohol o drogas			Abuso Psicológico			Depresión					
Problemas legales			Abuso sexual			Ansiedad					
Violencia domestica			Hiperactividad			Hospitalización Psiquiátrica					
Suicidio			Dificultades de aprendizaje			Ataques de pánico					

Si usted ha sufrido de abuso, negligencia o trauma, por favor describa brevemente lo sucedido: \_\_\_\_\_

**VI. HISTORIA MÉDICA**

Indique si tiene problemas médicos, síntomas y/o enfermedades (incluya lesiones en la cabeza u otros problemas neurológicos):

Si usted ha tenido cirugías en el pasado u hospitalizaciones, por favor describa brevemente las razones: \_\_\_\_\_

**Medicamentos actuales:**

Nombre del medicamento	Dosis	Propósito	Nombre del médico que prescribe

**Observaciones:** \_\_\_\_\_

**VII. HISTORIAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS**

¿Fuma o usa tabaco? Si  No  Si su respuesta es Sí, ¿Cuántos cigarrillos al día? \_\_\_\_\_

¿Usted consume café? Si  No  Si su respuesta es Sí, ¿Cuántas tazas al día? \_\_\_\_\_

¿Usted toma alcohol? Si  No  Si su respuesta es Sí, ¿Cuánto por día, por semana, por mes? \_\_\_\_\_

¿Utiliza usted algún medicamento o droga sin prescripción? Si  No  ¿Cuáles son y con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Alguna vez ha estado en peligro o en situaciones de riesgo debido al abuso de sustancias? Si  No

**VIII. HISTORIA EDUCACIONAL**

Mencione el nivel más alto de educación que alcanzó, el nombre de la institución y el lugar dónde está localizada:

\_\_\_\_\_

**IX. HISTORIA LABORAL**

¿Cuál ha sido su trabajo anterior? ¿Cuáles eran sus funciones? (Tiempo parcial o tiempo completo, duración en esta labor): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lugar de trabajo actual / Nombre de la compañía: \_\_\_\_\_

Funciones/ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_ ¿Tiempo que lleva trabajando? \_\_\_\_\_

Tiempo Completo  Tiempo parcial  Satisfacción laboral : 1 2 3 4 5 6 7  
POBRE EXCELENTE

**X. HISTORIA LEGAL**

¿Ha sido arrestado alguna vez? Mencione cuándo, dónde y razones por las que fue arrestado/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**XI. HISTORIA SOCIO-ECONOMICA**

Situación financiera: \_\_\_\_\_

Sistema de soporte familiar/ social: \_\_\_\_\_

Actividades recreativas, Pasa tiempos, deportes, intereses: \_\_\_\_\_

**XII. HISTORIA DEL DESARROLLO**

Situaciones vividas en su infancia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_





# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

## Bilingual & Multicultural Mental Health Services

### **CONSENTIMIENTO PARA RECIBIR SERVICIOS DE CONSEJERIA**

Bienvenido al Instituto de Consejería de Atlanta para servicios de consejería. Gracias por confiar en nosotros para ayudarle con sus preocupaciones. Es nuestro deseo ayudarle en este momento de tu vida. Nos honra que usted haya elegido a uno de nuestros terapeutas. Haremos todo lo posible para ayudarle a avanzar y resolver sus problemas.

Este documento está diseñado para informarle acerca de lo que puede esperar de su terapeuta, las políticas de confidencialidad y emergencias, y otros detalles sobre su evaluación/tratamiento aquí en el Instituto de Consejería de Atlanta. Aunque proporcionar este documento es parte de una obligación ética a nuestra profesión, lo que es más importante, es nuestro compromiso con usted de mantenerlo completamente informado/a de cada avance de su experiencia terapéutica. Por favor, sepa que su relación con su terapeuta o líder de grupo es una colaboración, y agradecemos cualquier pregunta, comentario o sugerencia con respecto al curso de la evaluación o la terapia en cualquier momento.

### **Información sobre formación y experiencia, puntos de vista teóricos y participación del cliente**

Puede encontrar información sobre la formación y experiencia de su terapeuta/consejero en nuestro sitio web bajo su nombre. Por favor, siéntase libre de ver esta información en [www.counselinginstituteofatlanta.com](http://www.counselinginstituteofatlanta.com).

Es nuestra creencia que a medida que las personas se vuelven más conscientes de la aceptación de sí mismos, son más capaces de encontrar una sensación de paz y satisfacción en sus vidas. Sin embargo, la autoconciencia y la auto aceptación son metas que pueden tardar mucho tiempo en alcanzarse. Algunos clientes sólo necesitan unas cuantas sesiones para lograr estos objetivos, mientras que otros pueden requerir meses de terapia. Como cliente, usted está en completo control, y puede terminar su relación con su terapeuta en cualquier momento.

Para que la terapia o evaluación tengan más éxito, es importante que usted tome un papel activo. Esto significa trabajar en las cosas que usted y su terapeuta hablan durante y entre las sesiones. Esto también significa evitar cualquier sustancia que altera la mente como el alcohol o los medicamentos sin receta por lo menos ocho horas antes de las sesiones de terapia.

Además, nuestra política es sólo ver a clientes que creemos que tienen la capacidad de resolver sus propios problemas con nuestra asistencia. Nuestra intención es potenciarle en su proceso de crecimiento hasta el grado en que sea capaz de afrontar los desafíos de la vida en el futuro sin su terapeuta. Tampoco creemos en generar dependencia o prolongar la terapia si la intervención terapéutica no parece estar ayudando. Si este es el caso, su terapeuta les dirigirá a otros recursos que le serán de ayuda. Su desarrollo personal es nuestra prioridad número uno. Le animamos a que nos informe si considera que la transferencia a otra institución u otro terapeuta es necesaria en cualquier momento. Nuestro objetivo es facilitar la curación y el crecimiento, y estamos muy comprometidos a ayudarle de cualquier manera que pueda producir el máximo beneficio.

**TERMINACIÓN DE LA TERAPIA:** Cada etapa de la terapia tiene ramificaciones importantes para la motivación, el crecimiento y la autoestima del cliente. La terminación, el final de la terapia, es una parte del desarrollo de la relación terapéutica. Un cliente que pierda más de dos sesiones sin notificar al terapeuta debe ser visto como el querer iniciar una terminación prematura. El personal del Instituto de Consejería de Atlanta tratará de ponerse en contacto con usted, pero su caso será terminado / cerrado si no recibimos respuesta de usted durante un mes. Si se siente mejor o planea no volver a la terapia, es importante que venga a una sesión final, para que podamos discutir las razones que le llevaron a tomar esta decisión, el curso de la terapia y cualquier referencia pertinente. Un caso se considera terminado cuando ya no hay contacto regular después de un plan de tratamiento especificado. Sin embargo, reabrir su expediente y reanudar el tratamiento siempre es una opción.

**SERVICIO DE SATISFACCIÓN / INVESTIGACIÓN:** Entiendo que el Instituto de Consejería de Atlanta, Inc. ocasionalmente puede colaborar con universidades y escuelas para proporcionar capacitación a maestros y estudiantes de maestría al servir como un sitio de prácticas. Todos los internos son supervisados por personal de nivel superior (Consejero Profesional Certificado con Licencia o Trabajador Social Clínico Licenciado). Si prefiere no trabajar con un estudiante graduado, por favor hable con su terapeuta o la recepcionista. El Instituto de Consejería de Atlanta, Inc. también puede, a veces, recopilar información sobre sus experiencias en el tratamiento para informar y potencialmente mejorar nuestra capacidad de ofrecer servicios de alta calidad. Como parte de este esfuerzo, podemos solicitar a los clientes que realicen una breve evaluación, encuesta o cuestionario sobre una base voluntaria y anónima. Si tiene alguna pregunta, por favor hable con su terapeuta o la recepcionista.

## **Confidencialidad y Expediente personal**

La comunicación con su terapeuta se convertirá en parte de un registro clínico de tratamiento, y se lo denomina Información Protegida de Salud (PHI). Su PHI se mantendrá en un archivo almacenado en un gabinete cerrado en nuestra oficina bajo llave y / o será almacenado electrónicamente con un software de notas de salud mental y terapia, una compañía de almacenamiento seguro que ha firmado un Acuerdo de Asociado de Negocios (BAA) de HIPAA. El BAA se asegura de mantener la confidencialidad de su PHI en un formato seguro compatible con HIPAA usando cifrado punto a punto, aprobado por el gobierno federal.

Su terapeuta mantendrá siempre todo lo que usted le diga completamente confidencial, con las siguientes excepciones: (1) si usted le autoriza a su terapeuta a hablar con otra persona sobre su caso, para lo cual usted firma una autorización para compartir información suya; (2) su terapeuta determina que usted es un peligro para usted mismo o para otros, podemos ser requeridos a tomar medidas protectoras, que pueden incluir notificar a la víctima potencial, notificar a la policía, o buscar la hospitalización apropiada. (3) usted reporta información sobre el abuso de un niño, una persona anciana o una persona con discapacidad que puede requerir protección; (4) obtener consultas profesionales apropiadas; (5) para obtener el pago de servicios, en cuyo caso la divulgación se limita al mínimo necesario para lograr el propósito o (6) el juez le ordena a su terapeuta que revele información. En este último caso, la licencia de su terapeuta le brinda la capacidad de mantener lo que se denomina legalmente "comunicación privilegiada". La comunicación privilegiada es su derecho como cliente a tener una relación confidencial con un consejero. Este estado tiene un historial satisfactorio al respeto a este derecho legal. Si por alguna razón inusual un juez ordenara la divulgación de su información privada, esta orden puede ser apelada. No podemos garantizar que la apelación será sostenida, pero haremos todo lo que esté a nuestro alcance para mantener confidencial lo que usted dice. Como se mencionó anteriormente, para liberar información acerca de su terapia, necesitamos obtener comunicados escritos de usted. En general, la ley protege la confidencialidad de todas las comunicaciones entre clientes y consejeros. Sólo publicamos información sobre nuestro trabajo con su permiso escrito. Los clientes a menudo nos otorgan permiso para hablar con sus terapeutas individuales, terapeutas anteriores y/o abogados o trabajadores relacionados a su caso. Esto nos ayuda a coordinar su evaluación o terapia para que sea más útil para usted. Ocasionalmente, nos resulta útil consultar con otros profesionales sobre una situación en terapia. En estas consultas, evitamos revelar la identidad de nuestros clientes. Por lo general, le informaremos de estas consultas.

Tenga en cuenta que, en el asesoramiento de pareja, su terapeuta no está de acuerdo en guardar secretos. La información revelada en cualquier contexto puede ser discutida con cualquier miembro de la pareja.

## **Relación profesional con su terapeuta**

Su relación con su terapeuta tiene que ser diferente de la mayoría de las relaciones. Puede diferir en cuanto al tiempo que duran los objetivos o los temas discutidos. También debe limitarse sólo a la relación de terapeuta y cliente. Si usted y su terapeuta tuvieran que interactuar de cualquier otra manera, entonces tendría una "relación dual", que podría resultar perjudicial para usted a largo plazo y, por lo tanto, no es ético en la profesión de la salud mental. Las relaciones duales pueden establecer conflictos entre los intereses del terapeuta y los intereses del cliente, y entonces los intereses (de usted) del cliente pueden no ser puestos primero. Con el fin de ofrecer a todos nuestros clientes la mejor atención, el trabajo de su terapeuta debe ser desinteresado y puramente centrado en las necesidades de usted, el cliente. Esta es la razón por la cual su relación con su terapeuta debe permanecer profesional por naturaleza.

Además, hay diferencias importantes entre la terapia y la amistad. Los amigos pueden ver su posición sólo desde sus puntos de vista y experiencias personales. Los amigos pueden querer encontrar soluciones rápidas y fáciles a sus problemas para que puedan sentirse útiles. Estas soluciones a corto plazo pueden no ser en su mejor interés a largo plazo. Los amigos no suelen dar seguimiento a su consejo para ver si era útil. Pueden necesitar que usted haga lo que aconsejan. Un terapeuta le ofrece opciones y le ayuda a elegir lo que es mejor para usted. Un terapeuta le puede ayudar a aprender a resolver problemas de manera más efectiva y a tomar mejores decisiones. Las respuestas de un terapeuta a su situación se basan en teorías y métodos de cambio comprobados.

También debe saber que los terapeutas están obligados a mantener la identidad de sus clientes de forma confidencial. Tanto como a su terapeuta le gustaría, para su confidencialidad él o ella no se dirigirá a usted en público a menos que usted hable con él o ella primero. Su terapeuta también debe rechazar cualquier invitación para asistir a reuniones con su familia o amigos. Por último, cuando termine su terapia, su terapeuta no podrá ser un amigo/a para usted como sus otros amigos. En suma, es el deber de su terapeuta mantener siempre un rol profesional. Tenga en cuenta que estas directrices no están destinadas a ser descortés de ninguna manera, son estrictamente para su protección a largo plazo.

## **Declaración sobre Ética, Bienestar y Seguridad del Cliente**

El Instituto de Consejería de Atlanta le asegura que nuestros servicios serán rendidos de una manera profesional consistente con los estándares éticos de la Asociación Americana de Consejería y/o la Asociación Nacional de Trabajadores Sociales. Si en algún momento usted siente que su terapeuta no está realizando un trabajo de manera ética o profesional, le pedimos que, por favor, deje que él o ella sepa de inmediato. Si los dos no son capaces de resolver su problema, comuníquese con nuestro gerente de oficina al 404-630-1361.

Los servicios del Instituto de Consejería de Atlanta están limitados a servicios de asesoramiento incluyendo evaluación, consulta, terapia e intervención. Los servicios de evaluación pueden incluir el uso de cuestionarios o pruebas que pueden utilizarse para informar a los servicios de intervención, como asesoramiento y psicoterapia, o para proporcionar recomendaciones. Debido a la naturaleza misma de la psicoterapia, tanto como nos gustaría garantizar resultados específicos con respecto a sus objetivos terapéuticos, no podemos hacerlo. Sin

embargo, su terapeuta, con su participación, trabajará para lograr los mejores resultados posibles para usted. También tenga en cuenta que los cambios realizados en la terapia pueden afectar a otras personas en su vida. Por ejemplo, un aumento en su asertividad no siempre puede ser bien recibido por otros. Es nuestra intención ayudarle a manejar los cambios en sus relaciones interpersonales a medida que surgen, no obstante, es importante que usted sea consciente de esta posibilidad.

Además, a veces las personas encuentran que se sienten un poco peor cuando comienzan la terapia antes de que comiencen a sentirse mejor. Esto puede ocurrir cuando comience a discutir ciertas áreas sensibles de su vida. Sin embargo, un tema generalmente no es sensible a menos que necesite atención. Por lo tanto, descubrir la incomodidad es realmente un éxito. Una vez que usted y su terapeuta son capaces de orientar sus necesidades específicas de tratamiento y las modalidades particulares que funcionan mejor para usted, significa la ayuda está por buen camino.

La psicoterapia no se describe fácilmente en las declaraciones generales. Varía dependiendo de las personalidades del terapeuta y el cliente, y los problemas particulares que está experimentando. Hay muchos métodos diferentes que podemos usar para tratar con los problemas que usted espera abordar. La psicoterapia requiere un esfuerzo activo de su parte. Su participación activa y compromiso son importantes durante este proceso. Algunas personas pueden necesitar algunas sesiones y otras pueden necesitar más. Venga a nuestra oficina a tiempo según su cita programada. Si por alguna razón, no puede asistir, por favor háganoslo saber de antemano para que podamos usar ese tiempo con otro cliente.

La psicoterapia puede tener beneficios y riesgos. Dado que la terapia a menudo implica discutir aspectos desagradables de su vida, puede experimentar sentimientos incómodos. Por otro lado, la psicoterapia también ha demostrado tener muchos beneficios. La terapia a menudo conduce a mejores relaciones, soluciones a problemas específicos y reducciones significativas en los sentimientos de angustia, pero no hay garantías de lo que usted experimentará.

Los beneficios potenciales de recibir servicios de consejería pueden incluir la obtención de opinión profesional y una mayor comprensión de sí mismo. Los riesgos potenciales pueden incluir una validez predictiva limitada de los procedimientos de evaluación de la salud mental, un posible desacuerdo con las opiniones ofrecidas y un posible malestar emocional con respecto a la situación del cliente.

### **Declaración de Tecnología**

En nuestra siempre cambiante sociedad tecnológica, hay varias maneras de comunicarnos y / o seguirnos electrónicamente. Es de suma importancia para nosotros mantener su confidencialidad, respetar sus límites, y asegurarse de que su relación con su terapeuta sigue siendo terapéutica y profesional. Por lo tanto, hemos desarrollado las siguientes políticas:

**Teléfonos celulares:** Es importante que usted sepa que los teléfonos celulares pueden no ser completamente seguros o confidenciales. Sin embargo, nos damos cuenta de que la mayoría de la gente tiene y utiliza un teléfono celular. Su terapeuta también puede usar un teléfono celular para comunicarse con usted. Si esto es un problema, no dude en hablar con su terapeuta.

**Mensajería de texto y correo electrónico:** Tanto la mensajería de texto como el correo electrónico no son medios seguros de comunicación y pueden comprometer su confidencialidad. Nos damos cuenta de que muchas personas prefieren el texto y / o correo electrónico porque es una forma rápida de transmitir información. Sin embargo, por favor, sepa que es nuestra política utiliza estos medios de comunicación estrictamente para confirmaciones de la cita (nada que se pudiera inferir como terapia). Por favor, no mencione ningún contenido terapéutico a través de texto o correo electrónico para evitar comprometer su confidencialidad. Si lo hace, por favor, sepa que su terapeuta no responderá. También necesita saber que se requiere que tengamos un resumen o una copia de todos los correos electrónicos y textos como parte de su historial clínico que aborden cualquier asunto relacionado con la terapia.

**Facebook o Redes Sociales** Es nuestra política no aceptar solicitudes de clientes, actuales o antiguos, en sitios de redes sociales como Facebook, LinkedIn, Instagram, etc. porque puede comprometer su confidencialidad. El Instituto de Consejería de Atlanta tiene una página Facebook, Instagram y LinkedIn de negocios. Le invitamos a seguirnos en cualquiera de estas redes sociales. Sin embargo, por favor, hágalo sólo si está cómodo/a con el público en general consciente del hecho de que su nombre está adjunto al Instituto de Consejería de Atlanta. Por favor, abstenerse de hacer contacto con nosotros mediante los sistemas de mensajería de medios sociales como Facebook Messenger. Estos métodos tienen seguridad insuficiente, y no los observamos de cerca. No querríamos perder un mensaje importante de usted.

**Google, Bing, etc.:** Es nuestra política no buscar a nuestros clientes en Google, Bing o cualquier otro motor de búsqueda. Respetamos su privacidad; es una política de nosotros que usted comparta información acerca de usted con su terapeuta de la forma que usted sienta es la más apropiada. Si hay contenido en Internet que le gustaría compartir con su terapeuta por razones terapéuticas, por favor imprima este material y llévelo a su sesión.

**Expedientes médicos por fax:** Si nos autoriza (por escrito) a través de un formulario de "Autorización para Compartir su Información" para enviar sus expedientes médicos o cualquier forma de información protegida de salud a otra entidad por cualquier razón, tal vez necesitemos enviar esa información por fax a la entidad autorizada. Es nuestra responsabilidad hacerle saber que las máquinas de fax pueden no ser una forma segura de transmitir información. Además, la información que se ha enviado por fax también puede permanecer en el disco duro de nuestra máquina de fax. Sin embargo, nuestra máquina de fax se mantiene detrás de dos cerraduras en nuestra oficina. Y, cuando nuestra máquina de fax necesita ser reemplazada, destruimos el disco duro de una manera que el acceso futuro a la información en ese dispositivo sea inaccesible.

**Recomendaciones a sitios web o aplicaciones (Apps):** Durante el curso del tratamiento, su terapeuta puede recomendar que visite ciertos sitios web para obtener información pertinente o ayuda personal. Ella o él también puede recomendar ciertas aplicaciones que podrían ser de ayuda para usted y mejorar su tratamiento. Tenga en cuenta que los sitios web y las aplicaciones pueden tener dispositivos de seguimiento que permiten que el software automatizado u otras entidades sepan que han visitado estos sitios o aplicaciones. Incluso pueden utilizar su información para intentar venderle otros productos. Además, cualquier persona que tenga acceso al dispositivo que

utilice para visitar estos sitios y / o aplicaciones, puede ver que has estado en estos sitios viendo el historial en tu dispositivo. Por lo tanto, es su responsabilidad decidir y comunicar a su terapeuta si desea esta información como complemento de su tratamiento o si prefiere que su terapeuta no haga estas recomendaciones.

En resumen, la tecnología está cambiando constantemente, y hay implicaciones para todo lo anterior que no podemos darnos cuenta en este momento. Por favor, siéntase libre de hacer preguntas, y sepa que estamos abiertos a cualquier sentimiento o pensamientos que tenga sobre estas y otras modalidades de comunicación.

### **En Caso de Emergencia**

El Instituto de Consejería de Atlanta es considerado un centro de atención ambulatorio, y no un centro de emergencias. No estamos disponibles en todo momento. Si en algún momento esto no parece suficiente apoyo, por favor informe a su terapeuta, y él o ella puede discutir recursos adicionales o transferir su caso a un terapeuta o clínica con disponibilidad las 24 horas. Generalmente, su terapeuta devolverá las llamadas telefónicas dentro de las 24 a 48 horas. Si usted tiene una emergencia de salud mental, le recomendamos que no espere por una llamada de regreso, sino que llame inmediatamente a unos de los siguientes números:

- Llame a Georgia Crisis & Access Line (GCAL) 1-800-715-42251
- Llame al Instituto Ridgeview al 770.434.4567
- Llame al Hospital Peachford al 770.454.5589
- Llame a Lifeline al (800) 273-8255 (Línea Nacional de Crisis)
- Llame al 911
- Acuda a la sala de emergencia de su elección

**DECLARACION DE ENTENDIMIENTO.** Comprendo la información descrita anteriormente y/o aclarado cualquier duda al respecto con total satisfacción. Al firmar este documento, reconozco que estoy de acuerdo con los términos y condiciones indicados aquí, así como haber tenido la oportunidad de preguntar y discutir mis dudas. El servicio de consejería, terapia o evaluación se pueden realizar de forma presencial cara a cara o vía Videoconferencia (Telemental Health).

- Comprendo que los servicios de terapia o evaluación presencial o por videoconferencia (TeleMental Health) son voluntarios y que puedo elegir no tomarlos o no responder a preguntas en cualquier momento.
- Comprendo que ninguna de las sesiones de terapia o evaluación vía TeleMental Health serán grabadas o fotografiadas sin mi consentimiento por escrito.
- Comprendo que, como está basado en métodos tecnológicos, algunas veces podría ser necesario que un técnico asista con el equipo. Dicho técnico mantendrá cualquier información bajo confidencialidad.
- Comprendo que TeleMental Health se hace a través de un sistema de comunicación seguro que es casi imposible para otra persona acceder, pero, como puede existir una rara posibilidad de que esto pase, acepto el riesgo que esto conlleva.
- Mi consejero me ha explicado cómo funciona la videoconferencia y los procedimientos telefónicos que vamos a usar. Comprendo que las sesiones de TeleMental Health no serán exactamente de la misma manera que las sesiones en persona, dado que no estaré en el mismo consultorio que mi consejero.
- Comprendo que hay ciertos riesgos con este tipo de tecnología, incluyendo interrupciones, accesos no autorizados y dificultades técnicas. Comprendo que mi consejero o yo podemos parar la sesión de TeleMental Health si es que la videoconferencia o la conexión telefónica no son adecuadas a la situación.
- Comprendo que mi información demográfica podría ser compartida con otros individuos para hacer las citas o para propósitos de cobro.
- Comprendo que puedo experimentar beneficios en mi salud por el uso de TeleMental Health, pero no está garantizado que sienta estos beneficios.
- Comprendo que, si hay una emergencia durante las sesiones de TeleMental Health, mi consejero llamará a emergencias y a mis contactos de emergencia.
- Comprendo que si la videoconferencia o la llamada telefónica se corta mientras estoy en sesión, tendré una línea disponible para contactarme con mi consejero.
- Comprendo que haré un “safety plan” con mi consejero en caso de una emergencia.

### **Nuestro Acuerdo para Iniciar una Relación Terapéutica**

Estamos sinceramente interesados en facilitarle herramientas y estrategias en su viaje hacia la curación y el crecimiento. Si tiene alguna pregunta sobre cualquier parte de este documento, consulte a su terapeuta.

Al firmar este acuerdo, estoy de acuerdo con los términos y condiciones aquí descritos y he tenido la oportunidad de hacer preguntas y / o discutir preocupaciones.

Por favor imprima, ponga la fecha correspondiente al día de hoy y firme abajo indicando que ha leído y comprende el contenido de este formulario, está de acuerdo con las políticas de su relación con su terapeuta, y está autorizando a su terapeuta a comenzar el tratamiento o evaluación con usted.

\_\_\_\_\_  
Nombre del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma

Si aplica:

\_\_\_\_\_  
Nombre del tutor legal o padre responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del tutor legal o padre responsable

La firma del terapeuta a continuación indica que ella o él ha discutido este formulario con usted y ha contestado cualquier pregunta que tenga con respecto a esta información.

\_\_\_\_\_  
Firma del terapeuta

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

## AUTORIZACIONES

### **Verificación de información correcta y verdadera**

Mi firma indica que yo estoy proporcionando la información relacionada a mi caso. Yo afirmo que toda la información que he proveído y que han obtenido de mi es correcta y verdadera. Yo soy la única persona responsable de proveer la información contenida en este historial clínico.

### **Confidencialidad**

Este es un expediente de salud mental de carácter confidencial. Divulgar o transferir este expediente sin el consentimiento escrito del cliente es prohibido por la ley, excepto en casos donde la ley permite divulgar información sin consentimiento del cliente. El cliente comprende que la comunicación segura y privada no puede estar totalmente garantizada al recibir atención en línea a través de celulares o correos electrónicos. Es decisión del cliente comunicarse, o no, a través de estos medios tecnológicos que se consideran “no seguros.” Si el cliente utiliza estos medios tecnológicos “no seguros” para contactar a su consejero/a, el consejero/a se comunicará con el cliente a través del mismo medio tecnológico “no seguro” hasta que el cliente le indique lo contrario. Por favor, marque que tipos de comunicación están permitidas:

Comunicación vía teléfono local o celular \_\_\_\_\_

Comunicación vía fax \_\_\_\_\_

Comunicación vía mensajes de texto \_\_\_\_\_

Comunicación vía mensaje de voz \_\_\_\_\_

Comunicación vía correo electrónico \_\_\_\_\_

Comunicación vía teleconferencia \_\_\_\_\_

### **Autorización para divulgar información**

Sólo si mi caso es de asunto legal, yo autorizo a divulgar información relacionada a mi caso al oficial de probatoria, mi abogado, la corte y/o sus agentes, DFCS, compensación de trabajo, trabajador de caso, médicos, compañía de seguros, o cualquier otra agencia o persona legítimamente relacionada con mi caso. Yo seré informado por mi terapeuta/consejero si recibiese un pedido para compartir información.

Mi firma abajo indica que comprendo y acepto los términos y condiciones de esta autorización y acuerdo.

\_\_\_\_\_  
Firma del cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Terapeuta o Examinador

\_\_\_\_\_  
Fecha



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

## AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

Mi firma reconoce que el Instituto de Consejería de Atlanta, Inc. me ha informado sobre Aviso de Políticas y Prácticas para Proteger la Privacidad de Su Información de Salud. Este aviso detalla las políticas que protegen la privacidad de mi información personal de salud. Consiento el uso y divulgación de mi información de salud mental protegida por el Instituto de Consejería de Atlanta, Inc. con el propósito de proporcionarme tratamiento, obtener el pago por los servicios de salud mental proporcionados y / o llevar a cabo otros servicios de consejería.

Entiendo que puedo hacer preguntas y discutir cualquier preocupación que pueda tener con respecto a estas políticas y prácticas con el personal del Instituto de Consejería de Atlanta, Inc.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

## POLITICAS DE CANCELACION Y PERDIDAS CITAS

### Estructura y Costo de las Sesiones

Su terapeuta se compromete a proporcionar psicoterapia individual o evaluación al costo acordado. Hacer psicoterapia por pocos minutos por teléfono no es lo ideal, y la necesidad de hablar con su terapeuta entre las sesiones puede indicar que necesita apoyo adicional. Si este es el caso, usted y su terapeuta necesitarán explorar la posibilidad de agregar sesiones o desarrollar otros recursos disponibles para ayudarlo. Las llamadas telefónicas que superen los 10 minutos de duración se facturarán a \$50 (dólares) por hasta 30 minutos. El pago por sesión telefónica será cobrado al final de la sesión y su pago se podrá realizar en efectivo o tarjetas Visa, MasterCard, Discovery o American Express. Le proporcionaremos un recibo del pago. El recibo de pago también se puede usar como una declaración de seguro si es aplicable para usted. Tenga en cuenta que no aceptamos cheques. Si desea que se le envíe su reporte por correo a usted o su abogado tendrá que pagar \$15 adicionales.

Las compañías de seguros tienen muchas reglas y requisitos específicos para ciertos planes. A menos que se negocie de otro modo, es su responsabilidad averiguar las pólizas de su compañía de seguros y presentar un reembolso de seguro. Estaremos encantados de proporcionarle una declaración para su compañía de seguros y para ayudarlo con cualquier pregunta que pueda tener en esta área.

### Política de Cancelación

En caso de que no pueda mantener una cita, debe notificar a su terapeuta con, al menos, 48 horas de antelación. Si no se recibe este aviso anticipado, usted será financieramente responsable de la sesión que usted perdió. Si no puede cancelar una cita programada, no podemos usar este tiempo para otro cliente y se le cobrará una tarifa de sesión completa por su cita perdida.

Tendrá que pagar esa sesión al comienzo de su próxima cita o llamarnos para proporcionar la información de su tarjeta. Intentaremos comunicarnos con usted dos días antes para recordarle su cita, pero no siempre lo hacemos. Es su responsabilidad cancelar o reprogramar la cita a tiempo.

Gracias por su comprensión y cooperación. La firma abajo reconoce que entendió y aceptó los términos y condiciones de esta política.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# Counseling Institute of Atlanta, Inc.

Bilingual & Multicultural Mental Health Services

## CONSENTIMIENTO Y AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR SU INFORMACIÓN

Si hay otras personas que pueden ayudar en su terapia/evaluación, y usted cree que sería útil que su terapeuta se comunique con ellos con respecto a su tratamiento, lea atentamente y complete este documento. Esto también se aplica si su caso es de naturaleza legal.

Lo siguiente es una autorización para que las partes declaradas consulten entre sí con respecto a su proceso de tratamiento. La información compartida tiene el único propósito de facilitar la máxima atención a usted como cliente. Proporcione la información necesaria y su firma con la fecha de hoy como se indica a continuación.

Yo, \_\_\_\_\_ (Cliente), por la presente autorizo al Instituto de Consejería de Atlanta y a la o las siguientes partes para discutir mi información de tratamiento de salud mental y los registros obtenidos en el curso del tratamiento de psicoterapia o evaluación de salud mental, incluyendo, pero no limitado al diagnóstico del terapeuta:

- (1) \_\_\_\_\_
- (2) \_\_\_\_\_
- (3) \_\_\_\_\_

Tenga en cuenta que el tratamiento no está condicionado a la firma de esta autorización y tiene el derecho de rechazar la firma de este formulario

Por favor, indique su preferencia con respecto a la información a compartir:

\_\_\_\_ Las partes mencionadas arriba pueden discutir mi información médica y / o mental sin limitaciones.

\_\_\_\_ Prefiero limitar la información compartida entre las partes mencionadas anteriormente. Las limitaciones que me gustaría hacer son las siguientes: \_\_\_\_\_

Además, las partes mencionadas anteriormente, el terapeuta y persona (s) o entidad (entidades) designadas bajo (1) o (2), acuerdan intercambiar información solo entre ellos (o sus agentes). Cualquier divulgación de información extendida más allá de estas partes se considera un incumplimiento de la confidencialidad.

Su firma a continuación indica que entiende que tiene derecho a recibir una copia de esta autorización. Su firma también indica que usted es consciente de que cualquier cancelación o modificación de esta autorización debe ser por escrito, y usted tiene el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento a menos que el terapeuta mencionado anteriormente haya tomado acción en dependencia de ella. Además, si usted decide revocar esta autorización, tal revocación debe ser por escrito y recibida por el terapeuta arriba mencionado en la dirección del Instituto de Consejería de Atlanta para ser efectiva.

Firma del cliente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tutor legal o padre responsable: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Terapeuta: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_